

## Linden M, Muschalla B, Keßler U, Schwantes U, Gensichen J. Behandlungsoptionen und Behandlungsreserven in der hausärztlichen Langzeitbetreuung psychisch Kranker. Z Allg Med 2016; 92: 121–127

### Leserbrief von Prof. Dr. Heinz-Harald Abholz

Ein sehr wichtiges Thema, Danke! Aber ich möchte auf ein Problem aufmerksam machen, was zwar die Ergebnisse für die dann näher untersuchten Patienten nicht infrage stellt, mir aber bedeutsam zu sein scheint. Es wird weitaus zu wenig berichtet, wie im Detail die Patienten zum Mitmachen gewonnen wurden. In „Methodik“ wird nur gesagt, dass 2790 Patienten im Wartezimmer angesprochen wurden und 1451 mitmachten. Wurde denn jeder, der in dieses Wartezimmer kam, angesprochen? Gab es noch andere Wartezimmer oder Kabinen?

Die Frage der Selektion der Mitmachenden (hier ja rund 50 % offensichtlich, aber möglicherweise noch mehr, wenn nicht alle angesprochen wurden) ist von sehr großer Bedeutung. Denn das Ergebnis, dass knapp 50 % der Patienten unter „psychischen Beschwerden“ litten und knapp 30 % insgesamt unter solchen mit relevanten Teilhabebeeinträchtigungen, steht in krassm Widerspruch zu meinem „Eindruck“ meiner Patienten im Wartezimmer – obwohl ich auch noch ein Arzt mit psychosomatischem Schwerpunkt bin. Bei mir, und ich glaube bei der Mehrzahl der Hausärzte, sind es mit Sicherheit deutlich weniger.

Man sollte sich bei allen Studien, bei denen man Ergebnisse findet, die in hartem Kontrast zur Alltagserfahrung stehen, fragen, ob sich hier nicht ein methodischer *bias* – gar mehrere in gleicher Richtung wirksam – eingeschlichen haben könnte? Soweit ich es aus den Angaben im Text sehen kann, könnten es hier sein: *Ärzte-bias*: 13 % der angesprochenen Ärzte haben teilgenommen und waren solche wie ich: Psycho-Patienten anziehend. *Patienten-bias*: Es antworteten nur 50 % der Patienten im Wartezimmer und möglicherweise noch weniger, weil gar nicht alle gefragt wurden (meine Frage oben). *Untersuchungsbogen-bias*: Es wurde möglicherweise ein oder mehrere Bögen verwendet, die sehr sen-

sitiv, wenig spezifisch waren. Zu der Identifizierung der „Kranken“ ist überhaupt nichts im Text gesagt!

Das alles betrifft aber – wie gesagt – nicht den zweiten Teil der Untersuchung bei den „Rehafällen“, für die ich mich sehr bedanke.

#### Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Heinz-Harald Abholz  
Institut für Allgemeinmedizin (Emeritus)  
Heinrich-Heine-Universität  
Moorenstraße 5  
40225 Düsseldorf  
abholz@med.uni-duesseldorf.de

### Für die Autoren antwortet Prof. Dr. Michael Linden

Wir danken Herrn Kollegen Abholz für die freundliche Kommentierung unserer Arbeit. Er weist zu Recht darauf hin, wie wichtig, die Rekrutierung und evtl. Selektionseffekte für die Interpretation der Ergebnisse sind. Wir hatten gehofft, die für die vorliegende Auswertung erforderlichen Informationen mitgeteilt zu haben. Wir haben geschrieben, dass von 2790 Patienten, die wir über alle Wochentage hinweg in den Wartezimmern vorgefunden haben, „1451 Patienten im Alter von 18 bis 60 Jahre“ die Screeningfragebögen ausfüllten. Wir hätten möglicherweise ergänzen sollen, dass insgesamt 1902 Patienten im Alter von 14–89 Jahre einen Screening-Fragebogen ausgefüllt haben, d.h. 68 %, was für derartige Erhebungen durchaus akzeptabel ist. Im Weiteren haben wir uns dann, so wie ausgeführt, nur auf Patienten bis 60 Jahre bezogen.

Herr Kollege Abholz stellt dann die Frage, ob die Zahl von knapp 50 % der Patienten mit „psychischen Beschwerden“ und knapp 30 % mit teilhaberelevanten Beeinträchtigungen richtig sein kann. Wir haben darauf hingewiesen, dass wiederholte epidemiologische Erhebungen beispielsweise durch das Ro-

bert-Koch-Institut in Übereinstimmung mit entsprechenden internationalen Untersuchungen immer wieder gezeigt haben, dass die „wahre Prävalenz“, d.h. die Rate psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung etwa bei 25 % bis 30 % liegt. Wenn man sich in der eigenen Familie oder am Arbeitsplatz umschaute oder bedenkt, bei wie vielen Menschen andere Organe wie z.B. die Augen nicht funktionieren, dann ist diese Zahl sehr plausibel. Die institutionelle Prävalenz, d.h. die Rate bei Hausarztpatienten muss dementsprechend höher liegen. Und die Prävalenz in einer Inanspruchnahmepopulation wie den Wartezimmerpatienten muss nochmals höher liegen, da derartige Patienten häufiger zum Arzt gehen als andere Menschen und daher unter Wartezimmerpatienten häufiger sind, als unter allen Patienten, die pro Quartal gesehen werden. Berücksichtigt man, dass psychische Störungen in deutlich höherem Maße zu Anpassungsproblemen im Leben führen als viele somatische Erkrankungen, dann ist auch die Rate der Teilhabeprobleme sehr plausibel. Zusammenfassend stehen unsere Daten u.E. in Übereinstimmung mit allen anderen verfügbaren nationalen wie internationalen wissenschaftlichen Befunden.

Eine andere Frage ist, ob der Hausarzt sich dieser Probleme aktiv annimmt oder auch aktiv wegschaut, was in manchen Fällen auch eine kluge Strategie sein kann, in Abhängigkeit davon, was man gegebenenfalls tun kann. Wir haben in der Arbeit auch dazu kurz Stellung genommen.

#### Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Michael Linden  
Forschungsgruppe Psychosomatische  
Rehabilitation  
Charité Universitätsmedizin Berlin  
Hindenburgdamm 30, Haus 2, Rm. E01  
12220 Berlin  
Tel.: 030 40504048  
michael.linden@charite.de